

EDITORIAL

Sobre las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales

La Reforma Psiquiátrica impulsada por la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril) lleva ocho años de andadura, con un grado de cumplimiento y desarrollo notable, aunque aún insuficiente y con una significativa irregularidad territorial. Inspirada por el lema genérico de la integración en la red sanitaria general, quizás sea éste un buen momento para que los profesionales de «lo » (cualquiera que sea la concepción que de este oficio se tenga) reflexionemos sobre el valor heurístico y la repercusión en la práctica asistencial de las medidas enunciadas en el artículo 20 de la mencionada Ley. Permítaseme que, desde la brevedad de este editorial, llame la atención sobre una de las medidas más concretas y espectaculares puestas en marcha: la cobertura de las necesidades de hospitalización psiquiátrica en las Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales.

Mi propuesta de partida es que descentremos nuestro foco de atención, desde el *dónde* de las hospitalizaciones hasta el *cómo* de las mismas. Y desde este enfoque me atrevo a aseverar que las hospitalizaciones psiquiátricas en los Hospitales Generales no son simplemente mejorables, sino que en proporción significativa adolecen de un conjunto de insuficiencias y de condiciones inadecuadas que provocan una profunda inquietud y un cuestionamiento necesario y responsable sobre la idoneidad de muchas de las Unidades en funcionamiento. En realidad, la situación no ha cambiado mucho desde el análisis reflejado en el riguroso informe emitido en 1992 por la oficina del Defensor del Pueblo sobre el estado de la asistencia psiquiátrica en toda la geografía nacional, y cuyas recomendaciones sobre este tema (como, por lo demás, sobre la mayoría de los temas que el informe aborda) siguen perfectamente vigentes.

En lo que atañe a la *infraestructura*, los problemas afectan a la capacidad de las Unidades (número de camas), su ubicación dentro del recinto hospitalario y su dotación de medios (espacios y adecuación del habitat). El número de camas ofertadas es en algunas ocasiones excesivo, conformando a veces macrounidades inmanejables y que desvirtúan su funcionalidad. Pero es más frecuente que se pique por defecto, no alcanzando la tasa mínima (1 cama/10.000 habitantes) que se estima internacionalmente adecuada y que se preconiza en el Informe Ministerial para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica de 1985. El resultado es la aparición de listas de espera, habitaciones con más camas que aquellas para las que fueron diseñadas, colocación de camas en los pasillos, o en el servicio de urgencias, o en otros servicios, propiciándose así algunas prácticas aberrantes, como

derivaciones inapropiadas, el rechazo de un ingreso necesario, o el alta precoz para liberar una cama. Otros defectos derivan de la propia ubicación de la Unidad (plantas altas, imposibilidad de acceso a zonas libres...) o de la inadecuada dotación de medios: faltan espacios externos, lugares de esparcimiento y ocupación del tiempo libre, lugares de visita y de encuentro, de reuniones de grupo o comunitarias. También faltan espacios para el buen funcionamiento del equipo: despachos insuficientes que han de compartirse, ausencia de lugar para reuniones de equipo, personal técnico que ha de ausentarse del Servicio a ratos porque no tiene dónde estar, etc. Hemos pasado de las inmensidades deshumanizadas y deshumanizantes de los viejos manicomios a las claustrofóbicas angosturas de unas Unidades poco funcionales para un desarrollo conveniente del quehacer terapéutico y una oferta digna de habitabilidad.

Dos son los defectos que podrían tipificar, por otra parte, las carencias *estructurales* de algunas Unidades: la insuficiente coordinación con la red de dispositivos extrahospitalarios y la escasa interdisciplinariedad de los equipos. De la primera dan cuenta las excesivas tasas de presión de las urgencias (a veces hasta del 110%, o cercanas a este porcentaje), no dejando apenas margen a los ingresos concertados desde los Centros de Salud Mental; o la subsistencia de cierto volumen de «consultas externas» en el propio ámbito intrahospitalario, totalmente divorciadas de los mencionados centros, abriendo así amplias y graves fisuras en el sistema unánimemente aceptado de circulación de la demanda asistencial, y produciendo confusión en el usuario y cierta duplicación innecesaria e indeseable en la oferta de recursos. En cuanto a la irregular dotación de los equipos, la penuria es flagrante: escasean los psicólogos y los trabajadores sociales específicamente asignados, flaquea la profesionalización especializada del personal de enfermería psiquiátrica en sus diferentes niveles, apenas se contempla la contratación de técnicos en dinámica grupal, animación sociocultural, animación del tiempo libre o terapia ocupacional.

Estas últimas carencias señaladas respecto a la composición incompleta de los equipos, ponen particularmente de manifiesto lo que, por lo demás, es común a todas las otras carencias que vengo señalando, y que no es sino un error general de diseño que nos habla de algo quizás más latente: una desviación conceptual de orden superestructural. La eterna pretensión hegemónica del modelo médico se infiltra en la asistencia psiquiátrica de forma insidiosa, pero eficaz. Y que conste que no me refiero a la presencia del modelo médico, de necesaria y valiosa concurrencia, sino a su hegemonía ideológica, con sus aspiraciones de exclusividad, y con toda su carga biologicista y reduccionista. Se fomenta, quizás inadvertidamente, la negación de la especificidad de las llamadas ciencias de la conducta, en base a la negación del sujeto, en toda su radicalidad, como objeto de estudio

científico y de acción asistencial o terapéutica, conforme a una ramplonería positivista muy acorde con los presupuestos cientifistas popperianos, tan de moda tras su sobrevaloración póstuma. Se trata de todo un desenfoque epistemológico, alimentado curiosamente (puede que inconscientemente) por algunos de los más ardientes detractores (hasta el exceso...) del modelo médico durante los años 70, que han tenido posteriormente acceso a los medios oficiales y a altos cargos planificadores.

Como quiera que sea, es un hecho que en muchas de las Unidades Psiquiátricas de Hospital General apenas se concibe otra intervención técnica que la de psiquiatras y enfermeros (y éstos sin que necesariamente estén especializados) ni más relación terapéutica que la exclusivamente dual médico-enfermo en su sentido más tradicional ni más tratamiento que el farmacológico ni más necesidad de espacio que el imprescindible para la toma de medicación y los cuidados personales. El acento se pone en las camas y no en los enfermos, que en salud mentan intrahospitalaria no suelen necesitar cama más que para dormir, necesitando a cambio una atmósfera de receptividad terapéutica diversificada, incluida la ocupacional. También se pone el acento en los indicadores convencionales de rendimiento hospitalario, con especial énfasis (hasta alcanzar intensidad de culto) en la tasa de las estancias medias, por cuyos valores a la baja se abre entre algunos servicios cierta competitividad desleal y morbosa, que puede llegar a eludir las auténticas necesidades de hospitalización del enfermo, causando, entre otros desmanes, altas precoces indebidas, cuyo riesgo menor es el lógico crecimiento de la tasa de reingresos. En ésta y en otras cuestiones, el sistema que se viene implantando, fuertemente biologicista, entra en connivencia, casi insensiblemente, sin duda sin pretenderlo, con otros reduccionismos de corte «asistencialista», «tecnocrático» o «gerencialista», donde la cohorte interminable de datos informatizados, indicadores para todos los gustos, diagramas y curvas de bellos registros, organigramas, planes y proyectos exhaustivos pueden distraer en exceso la atención de la práctica clínica. Y así se han quedado en el camino algunos principios irrenunciables, como el de la necesidad del régimen abierto, imposible de ejercer en la mayoría de las Unidades de Hospital General, y cuya consideración necesitaría un artículo de mayor amplitud.

Naturalmente, no todas las Unidades abiertas en estos años encierran los mismos riesgos ni presentan toda esta pléyade de irregularidades y disfunciones asistenciales. Pero la mayoría —salvo algún caso aislado que podría tomarse como modelo—, pueden ver reflejadas sus deficiencias en este somero análisis. Muchos de los defectos apuntados no tienen solución, al menos a corto o medio plazo, porque las Unidades fueron diseñadas con anterioridad a los planes reformadores, o porque chocan con la realidad de una infraestructura previa inmodificable.

Otros no están en relación directa con el diseño de las Unidades, sino con la escasez o ausencia de recursos intra y extrahospitalarios en la red (unidades de rehabilitación, estructuras de hospitalización parcial, hostales terapéuticos, hogares protegidos), o con el estado poco desarrollado de estructuras de Servicios Sociales diversificadas, bloqueándose así la posibilidad de derivación oportuna de algunos usuarios para los que no es posible la devolución al medio sociofamiliar o comunitario de origen. Quizá sean los problemas estructurales los más subsanables, si hay voluntad y deseo de cambio en los equipos o en las estructuras de coordinación y planificación, y si no se alimentan por ningún tipo de reduccionismo conceptual o por la rigidez inmarcesible de alguna veleidad de poder. En todo caso, convendría tener en cuenta estas reflexiones, u otras que aquí no se explicitan, a la hora de abrir nuevas Unidades en aquellas áreas sanitarias aún carentes de ella.

En definitiva, se trata de reafirmar la conveniencia de las Unidades Psiquiátricas de Hospital General, pero no a cualquier precio; no a costa de cualquier principio asistencial básico. De otra manera podemos caer en una nueva forma de marginación de la asistencia psiquiátrica, no por «postmoderna» menos lacerante. Se trata, pues, enlazando con el comienzo y repitiendo su punto de partida, de desplazar el centro de gravedad del *dónde* al *cómo*. De la ubicación de las Unidades, a su idoneidad y su funcionalidad.

JOSÉ MANUEL SUSPERREGUI